THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE,

Présentée et soutenue le 27 août 1845,

Par FRANÇOIS BOLE,

né à Marsac (Tarn-et-Garonne).

DE

LA MÉTRO-PÉRITONITE PUERPÉRALE.

(Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.)

PARIS.

RIGNOUX, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE, rue Monsieur-le-Prince, 29 *bis*.

1845

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA, DOYEN.	MM.
Anatomie	....
Physiologie	BÉRARD aîné.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	GAVARRET.
Histoire naturelle médicale	RICHARD.
Pharmacie et chimie organique	DUMAS.
Hygiène	ROYER-COLLARD.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. GERDY aîné.
Pathologie médicale	DUMÉRIL. PIORRY, Examinateur.
Anatomie pathologique	CRUVEILHIER.
Pathologie et thérapeutique générales	ANDRAL, Président.
Opérations et appareils	BLANDIN.
Thérapeutique et matière médicale	TROUSSEAU.
Médecine légale	ADELON.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	FOUQUIER. CHOMEL. BOUILLAUD. ROSTAN.
Clinique chirurgicale	ROUX. J. CLOQUET. VELPEAU. AUGUSTE BÉRARD.
Clinique d'accouchements	P. DUBOIS.

Agrégés en exercice.

MM. BARTH.
BEAU.
BÉCLARD.
BEHIER.
BURGUIÈRES, Examinateur.
CAZEAUX.
DENONVILLIERS.
DUMÉRIL fils.
FAVRE.
L. FLEURY.
J. V. GERDY.
GIRALDÈS.

MM. GOSSELIN.
GRISOLLE.
MAISSIAT.
MARCHAL.
MARTINS.
MIALHE.
MONNERET.
NÉLATON.
NONAT.
SESTIER.
A. TARDIEU.
VOILLEMIER, Examinateur.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE

DE MON PÈRE.

A MA TENDRE MÈRE.

A MES PARENTS.

A MES AMIS.

F. BOLE.

DE LA

MÉTRO-PÉRITONITE PUERPÉRALE.

Anatomie pathologique. — Les altérations qui caractérisent la maladie dont j'ai à faire l'histoire ont leur siége principalement sur l'utérus et ses annexes, les trompes et les ovaires; sur le péritoine, qui enveloppe les organes contenus dans la cavité abdominale.

J'insisterai peu sur ces lésions; elles ont été très-bien décrites par la plupart des observateurs modernes: je ne pourrai que les reproduire brièvement. Je dirai seulement qu'il m'a été donné de vérifier moi-même l'exactitude de leurs descriptions dans le courant des années 1843, 1844, 1845, en assistant aux autopsies de femmes ayant succombé à l'hôpital des Cliniques ou dans les principaux services des hôpitaux de Paris. Je possède dix-sept observations de *fièvre puerpérale* avec ouverture de corps, prises à différentes époques.

Après l'accouchement, l'*utérus,* dont le volume, l'épaisseur des parois se sont considérablement accrus pendant la grossesse, revient à son état normal peu à peu; la surface interne de cet organe est le siége d'un travail compliqué qui a été comparé à celui qui s'opère sur une plaie récente; il se manifeste d'abord une exhalation sanguine, puis séro-purulente, puis tout à fait purulente; les lochies coulent ordinairement pendant six semaines; la matrice accomplit son retrait dans un temps variable; mais lorsque les phénomènes physiologiques suivent leur évolution normale, le fond de l'utérus, au dixième jour de l'accouchement, ne doit pas dépasser le rebord supérieur des pubis.

Quand la malade succombe pendant le premier septénaire après l'accouchement, comme cela est fréquent, on trouve toujours alors l'utérus

augmenté de volume; mais il est quelquefois difficile de faire la part exacte de l'augmentation physiologique de l'organe et de celle qui doit être rapportée à la maladie.

La présence des lochies exhalées à la surface interne de la matrice vient aussi compliquer l'examen et l'appréciation des produits pathologiques.

Quoi qu'il en soit, la métro-péritonite qui survient à la suite des couches, à une époque rapprochée de l'accouchement, a pour effet immédiat d'entraver la rétraction des fibres de la matrice.

L'utérus, dit M. Voillemier, avait toujours conservé un volume plus considérable que celui qu'il aurait dû avoir d'après le nombre de jours écoulés depuis les couches.

La cavité utérine, plus ample, rouge dans toute sa surface, renferme une petite quantité de liquide sanguinolent (M. Andral); quelquefois une matière rouge, lie de vin, gluante, sanieuse, correspondant aux attaches du placenta et offrant une odeur de putréfaction insupportable (M. Voillemier). — D'autres fois on rencontre des pseudo membranes blanchâtres, formées comme par du pus concret, tapissant et adhérentes à certains points de la surface interne de l'utérus.

Le tissu de cet organe a été rencontré épaissi, engorgé, infiltré, ramolli, se laissant facilement pénétrer par le doigt, se déchirant à la moindre traction. Cet état coïncidait avec l'infiltration purulente des sinus utérins décrite par Dance. Dans ces cas, si on presse le tissu de la matrice, il s'écoule du pus par les ouvertures des vaisseaux béants; si avec un scalpel on incise le tissu utérin, on voit suinter des sinus divisés un liquide purulent. Cette infiltration de pus, dans les observations de Dance, existait en même temps que l'inflammation des veines ovariques et hypogastriques. On trouvait aussi alors des abcès métastatiques aux poumons, au foie, à la rate, dans les articulations diverses, principalement celles du genou, du poignet.

Les lésions de la matrice avaient pour ainsi dire leur siége de prédilection sur les côtés de l'organe, surtout à la jonction du corps et du col, et à l'insertion des ligaments larges. Il était fréquent de ren-

contrer sur les faces latérales du col utérin de nombreux petits foyers remplis d'un pus bien lié, parfaitement homogène.

Les vaisseaux lymphatiques qui émergent de l'utérus, principalement des côtés du col, sont souvent remplis de pus. On les reconnaît facilement à leurs flexuosités, à leur dilatation et resserrement successifs; ils présentent de petites ampoules de formes variées, étranglées d'espace en espace, et comparées avec justesse aux renflements des chapelets. On a suivi les vaisseaux lymphatiques ainsi altérés jusqu'aux ganglions lombaires, dans quelques circonstances jusqu'au réservoir de Pecquet; dans trois cas, du pus a été rencontré dans le canal thoracique. (Tonnellé.)

On trouve quelquefois du pus, non-seulement dans les sinus utérins, comme je l'ai déjà dit, mais encore dans la cavité des veines ovariques et hypogastriques. La membrane interne de ces veines a été trouvée rouge, injectée, épaissie, ramollie en quelques points. (Dance.)

Tonnellé a rencontré trois fois, sur cinq autopsies, la lymphite et la phlébite: quelquefois seules, dit-il, ne dépassant pas les limites de l'utérus; d'autres fois la lésion s'étendant des sinus utérins aux veines ovariques et hypogastriques, et des lymphatiques voisins du col aux ganglions abdominaux.

Tonnellé note l'épaississement, le ramollissement de la membrane interne des veines et des lymphatiques; mais il fait observer que les lésions étaient surtout évidentes sur la membrane externe celluleuse de ces vaisseaux.

Les trompes ont été aussi fréquemment le siége d'altérations diverses : leurs parois étaient rouges, injectées, épaissies; quelquefois leur cavité était remplie de pus.

Les ovaires présentaient un volume considérablement augmenté. Leur tissu, fortement injecté, ramolli, se laissait déchirer sans peine, et quand on les incisait, il suintait un liquide quelquefois séro-sanguinolent, d'autres fois entièrement purulent.

Péritoine. — Les altérations de cette membrane séreuse ont été très-variées : tantôt, lorsque la mort a été très-prompte, on a rencontré le péritoine très-légèrement injecté, et dans sa cavité, une sérosité à peine rougie et de quantité très-variable ; le plus souvent l'injection rouge est fortement prononcée, et semble avoir son siége dans la couche du tissu cellulaire sous-péritonéal ; la face convexe des intestins paraît sillonnée d'un nombre infini de petits vaisseaux rouges, flexueux, présentant des arborisations diverses.

Quand la maladie a duré plus longtemps, les lésions anatomiques sont plus prononcées. On rencontre dans la cavité péritonéale un épanchement formé de matières liquides et solides.

Tantôt c'est une sérosité sanguinolente dans laquelle paraissent suspendus des flocons de fibrine, blanchâtres, jaunâtres ; tantôt ce liquide a été comparé à du petit-lait non clarifié ; quelquefois son aspect est tout à fait laiteux ; fréquemment la coloration en est plus foncée, verdâtre, la densité est plus considérable : c'est du véritable pus.

La quantité de l'épanchement est très-variable : je le trouve évalué à un quart de litre, 1 litre ; dans quelques cas, au volume énorme de 2 à 3 litres.

Des pellicules membraneuses plus ou moins minces, blanchâtres, tirant un peu sur le jaune, ressemblant assez bien à des portions de couenne de la saignée, font adhérer le péritoine avec les organes qu'il enveloppe.

Ces fausses membranes ont leur siége le plus fréquent à la face antérieure de l'utérus, à sa face supérieure, et principalement à ses faces latérales, à la jonction de la matrice et des ligaments larges. Elles ont été rencontrées sur quelques portions du foie, de la rate, de la face convexe de l'estomac, de la face concave du diaphragme. L'excavation du petit bassin, outre les liquides d'aspect divers qu'elle contient, est souvent tapissée par des portions de ces pellicules couenneuses. Quand la maladie a eu une marche aiguë, promptement fatale, les pseudo-membranes ne présentent aucune trace d'organisation ; mais lorsque

l'affection s'est prolongée, on trouve dans leur tissu des linéaments de vaisseaux, et même des vaisseaux complétement formés.

Je ne chercherai pas à réfuter l'opinion des auteurs qui ont voulu voir du lait dans ces divers produits : les progrès modernes de l'anatomie et de la chimie pathologiques me paraissent avoir démontré, sans réplique, la nature inflammatoire de ces épanchements.

L'aspect laiteux que présente quelquefois le liquide est un aspect spécial au pus qui résulte de l'inflammation péritonéale. Je trouve noté par M. Andral, dans deux observations de péritonite, chez deux jeunes gens : « Le flanc droit et la région iliaque droite sont remplis d'un liquide *blanc* comme du *lait.* » Évidemment ici on ne saurait invoquer une métastase laiteuse.

Le *sang* tiré de la veine au début de la maladie a présenté un caillot ferme, résistant, à bords retroussés, pouvant être pressé dans les doigts sans se rompre ; la couenne qui le recouvrait était épaisse, dense, difficile à déchirer ; la sérosité dans laquelle semblait nager le caillot était peu colorée; l'aspect physique du sang était, enfin, celui assigné au sang inflammatoire. Le résultat des analyses que M. P. Dubois a données dans ses leçons avait fait constater l'excès de fibrine particulier aux phlegmasies.

Complications. — La plupart des maladies peuvent compliquer la métro-péritonite : celles qui ont été le plus souvent remarquées sont l'inflammation des séreuses thoracique et crânienne, donnant lieu à des épanchements dans la plèvre et les méninges.

SYMPTOMES.

Je les diviserai en symptômes *locaux*, c'est-à-dire fournis par les organes malades; en symptômes *généraux*, c'est-à-dire tirés des fonctions générales de l'économie.

En tête des symptômes locaux il faut placer la *douleur :* c'est un

signe d'une grande importance; elle débute ordinairement par un des flancs, le droit ou le gauche, et reste limitée à la région hypogastrique; dans les maladies très-graves, elle s'étend rapidement à l'ombilic, aux hypochondres; elle occupe alors toute la région abdominale. Tantôt la douleur est sourde, profonde; tantôt superficielle, aiguë, horrible, arrachant des cris plaintifs aux malades. Quel que soit son siége, la douleur est le plus souvent *fixe,* continue, très-rarement intermittente, erratique; les efforts nécessaires à l'expulsion des urines et des selles, l'inspiration surtout, en abaissant le diaphragme, les secousses de la toux, les moindres mouvements de la malade, exaspèrent les douleurs; la plus légère pression de la main, le poids des cataplasmes, des couvertures, sont quelquefois insupportables. La douleur est un des premiers symptômes qui apparaissent; elle précède, accompagne, ou suit immédiatement le frisson initial dont nous parlerons bientôt. Lorsque la maladie est courte, que la mort est rapide, foudroyante pour ainsi dire, la douleur persiste pendant toute la durée de l'affection; mais lorsque la métro-péritonite se prolonge, il n'est pas rare, à une époque éloignée du début, de voir cesser brusquement la douleur. Ce signe peut avoir deux significations: il peut annoncer une guérison prochaine, et alors il coïncidera avec les autres phénomènes qui annoncent la résolution de la maladie, la diminution dans la fréquence du pouls, un visage moins altéré, etc.; mais le plus souvent, la cessation brusque de la douleur ne trompera pas le praticien, en lui inspirant une fausse sécurité; elle sera au contraire pour lui un motif de craindre la formation d'un épanchement de pus dans la cavité péritonéale. Cette cessation des douleurs, correspondant à l'époque où la suppuration se forme, avait été notée par les observateurs anciens; elle n'a pas échappé non plus à la sagacité de M. Voillemier.

Dans les points du ventre où la douleur se fait sentir apparaissent bientôt le gonflement, la tension, la rénitence des parois abdominales. L'application de la main fait percevoir une chaleur anormale plus vive dans l'endroit où correspond la douleur. Ces phénomènes

s'expliquent par la fluxion inflammatoire qui s'opère vers les organes malades. A une époque indéterminée de l'invasion de la maladie, et variable suivant son intensité, le *météorisme* se manifeste, surtout vers les parties supérieures de l'abdomen, et succède au gonflement partiel du ventre ayant son siége à l'hypogastre.

Pour apprécier l'état du ventre, il faudra avoir recours aux moyens physiques en usage pour l'exploration de cette cavité. Avant de procéder à leur emploi, il sera bon de s'assurer que les fonctions de la vessie et du rectum s'exécutent bien, et que ces organes sont à l'état de vacuité.

Pour user de la *palpation* avec le moins de douleur possible pour la malade, on aura le soin d'appliquer la main entière à plat et de la faire ainsi porter à la fois par une large surface. On reconnaîtra ainsi la sensibilité exagérée du ventre, et que l'utérus forme au-dessus des pubis une tumeur globuleuse dont le volume dépasse de beaucoup celui que devrait avoir cet organe à cette époque de l'accouchement. Pour bien apprécier cette différence de volume, il faut se rappeler que le retrait physiologique de l'utérus a lieu assez rapidement; au dixième jour des couches, le fond de la matrice ne doit pas dépasser le rebord pubien. La présence d'une tumeur plus petite, mobile, fuyant sous la main, occupant la partie latérale et profonde des flancs, indiquera que le siége du mal est dans un ovaire augmenté de volume.

La *percussion* fera constater l'épanchement, par la matité dans les parties déclives; l'étendue de l'abdomen occupée par les gaz, par la sonorité; l'élasticité au-dessus, le bruit humorique, le point de transition du son mat au son clair, indiqueront le niveau du liquide; M. Piorry recommande beaucoup de légèreté dans la main, un plessimètre large : « Une douleur trop vive, dit-il, devra faire rejeter ce moyen d'exploration. » (Piorry, *Traité du diagnostic.*)

L'auscultation a été aussi appliquée dans quelques cas au diagnostic de la péritonite puerpérale. M. Bouillaud désigne le bruit perçu, sous le nom de bruit de *frôlement péritonéal* analogue au bruit respira-

toire. M. Piorry attribue la découverte de ce phénomène à Laennec; mais ce bruit de frottement péritonéal, produit par les rugosités des fausses membranes, sera rarement entendu dans la péritonite puerpérale; cette maladie a une marche trop aiguë; et c'est surtout dans les péritonites chroniques tuberculeuses que les fausses membranes, rendues inégales par la présence de tubercules, donneront lieu à un froissement plus fort. (Barth et Roger.)

La *fluctuation* sera rarement perçue; pour obtenir ce signe, il faut une grande quantité de liquide épanché.

La *suppression des lochies* est rarement complète; le plus ordinairement leur sécrétion diminue et change de nature; il s'écoule alors par le vagin un liquide sanieux pultacé d'une odeur infecte; c'est un symptôme de métrite. D'autres fois la sécrétion lochiale est peu influencée, elle continue avec ses caractères normaux. Ces cas indiquent assez souvent une inflammation légère, partielle, peu étendue.

Quand la métro-péritonite se déclare avant l'époque de la fièvre de lait, le gonflement des seins n'a pas lieu; si la sécrétion laiteuse était déjà accomplie quand apparaît le frisson initial de la maladie, les mamelles s'affaissent brusquement, et la sécrétion du lait cesse.

Les anciens avaient admis cette suppression brusque des lochies et de la sécrétion laiteuse comme causes puissantes de métro-péritonite; mais on s'accorde aujourd'hui à ne considérer ce phénomène que comme un effet de la maladie. L'intensité de la fluxion inflammatoire qui s'opère sur les organes abdominaux concentre là les forces de l'économie, et les autres fonctions sont suspendues. On peut appliquer ici l'aphorisme d'Hippocrate : *Duobus doloribus non in eadem loco simul obortis, vehementior obscurat alterum.*

Symptômes généraux. — Presque toujours la métro-péritonite débute par un *frisson*. Il apparaît ordinairement du deuxième au cinquième jour de l'accouchement, quelquefois du septième au dixième jour; dans quelques cas, beaucoup plus tard encore; mais le plus souvent, il semble avoir une époque *fixe* : il se montre du deuxième au troisième jour. Ce frisson est quelquefois partiel, borné aux lombes,

aux membres inférieurs; très-fréquemment il est général et s'étend à toute la périphérie du corps. Sa durée est très-variable : tantôt il cesse au bout d'un quart d'heure, d'une demi-heure; d'autres fois, il se prolonge beaucoup plus longtemps; on l'a vu durer douze heures; on cite des cas, rares il est vrai, où la femme est morte pendant ce frisson. L'intensité, la longue durée du frisson font présager une maladie grave.

Tube digestif. — Si la langue conserve souvent sa coloration et son humidité normales, dans la métro-péritonite, il n'est pas rare de la voir couverte d'un enduit blanchâtre, épais, jaunâtre, *saburral.* Lorsque ce phénomène se produit au début, qu'il est suivi de nausées, de vomissements bilieux, il annonce pour certains auteurs une complication désignée sous le nom d'*embarras gastrique.* M. Paul Dubois pense que l'ensemble de ces symptômes gastriques, auxquels se joignent une douleur sus-orbitaire, la constipation ou la diarrhée bilieuse, doivent faire admettre une forme de fièvre puerpérale bilieuse, qui précéderait souvent la forme beaucoup plus grave désignée sous le nom de *typhoïde* par M. Paul Dubois.

Les nausées, les vomissements peuvent apparaître au début avec le frisson; ou bien, plus tard, avec le météorisme et le ballonnement du ventre; quand leur apparition est précoce, on doit les rapporter à l'embarras gastrique, ou à un état sympathique des voies digestives; mais leur apparition tardive indiquera quelquefois une lésion de la portion du péritoine qui enveloppe l'estomac.

La *constipation* s'est manifestée surtout au début de la métro-péritonite. La diarrhée survenait surtout vers la fin de l'affection.

Circulation et *respiration.* On a de tout temps, avec raison, attaché une grande importance à l'état du *pouls* dans les maladies, c'est un des éléments les plus précieux du diagnostic. Les auteurs ont assigné au pouls de la métro-péritonite les caractères du pouls *inférieur* abdominal de Bordeu; on rencontre, il est vrai, souvent dans cette maladie

le pouls petit, serré; mais cette règle souffre beaucoup d'exceptions, et il n'est pas rare de trouver un pouls large, plein, fort. Mais le caractère qui ne manque jamais dans la maladie qui nous occupe, c'est la fréquence du pouls. Ce signe chez la nouvelle accouchée doit toujours faire soupçonner l'existence d'une maladie, car les phénomènes de la sécrétion laiteuse, gonflement des seins, malaise général, si improprement désignés sous le nom de *fièvre de lait*, n'ont qu'une très-faible influence sur l'accélération du pouls. Dans quelques cas pourtant, cette fréquence du pouls ne semble pas être en rapport avec l'intensité des autres symptômes; il faut se rappeler que la moyenne du pouls n'est pas toujours de 72 pulsations à la minute; chez quelques personnes les battements du pouls ne dépassent pas le chiffre de 48,52; si l'on rencontre alors 80 pulsations, ces personnes ont une fièvre intense. M. Bouillaud insiste souvent, dans ces leçons, sur cette lenteur du pouls chez certains sujets; M. Chomel l'a signalée aussi dans ses *Éléments de pathologie générale.* Outre la fréquence qui se manifeste pendant le cours de la métro-péritonite, le pouls offre encore des caractères spéciaux correspondant aux diverses périodes de la maladie; ainsi, pendant le frisson initial, le pouls est-il petit, concentré; pendant la période de réaction il devient ample, fort, résistant. Vers la fin de la maladie, lorsque les phénomènes de la suppuration se sont montrés, et que tout indique une terminaison funeste, le pouls redevient petit, flasque, à peine sensible.

La *respiration* présente des modifications remarquables dans la métro-péritonite; la crainte de la douleur empêche l'abaissement du diaphragme; la respiration est courte, fréquente, costale; on a compté 60 et quelquefois même 100 inspirations à la minute. Vers la fin de la maladie, les gaz qui distendent l'abdomen gênent considérablement les fonctions respiratoires.

La chaleur de la peau est ordinairement augmentée. Elle est quelquefois sèche et brûlante, d'autres fois humide, halitueuse. Dans la dernière période de la maladie, la température du corps s'abaisse quelquefois, et l'on trouve alors les extrémités froides, glacées.

Excrétions. — Les urines étaient acides, foncées en couleur, diminués en quantité; elles présentaient quelquefois des dépôts briquetés d'acide urique.

Centres nerveux. — Le visage est ordinairement pâle, exprimant l'anxiété; on a assigné à la péritonite un caractère presque pathognomonique, désigné sous le nom de *face grippée.* Les traits sont alors fortement tirés en haut; il n'est pas rare cependant de rencontrer la figure rouge, colorée, surtout vers les pommettes.

La céphalalgie a été notée au début; rarement elle persiste après le troisième jour de l'invasion; elle apparaît ordinairement avec les frissons et les premières douleurs.

L'intelligence est le plus souvent conservée. Quelquefois il survient du délire, très-rarement *furieux,* le plus souvent tranquille; il se manifeste par un léger désordre dans les idées, une loquacité anormale; le malade veut quitter l'hôpital; sa durée est accompagnée souvent de mouvements involontaires et convulsifs des paupières et des lèvres; quelquefois il se manifeste une agitation des membres supérieurs; d'autres fois l'agitation s'étend à tout le corps, le malade ne peut rester en place : ces phénomènes cérébraux sont quelquefois sympathiques, c'est-à-dire que l'autopsie ne fait pas découvrir de lésions appéciables dans le cerveau, mais plus fréquemment encore on trouve les méninges injectées, avec un léger épanchement de sérosité dans les ventricules ou à la base du cerveau. Comme dans la plupart des maladies aiguës fébriles, les malades sont tourmentées par l'insomnie.

MARCHE DE LA MALADIE.

Pour en tracer la marche, je la distinguerai en *générale* et *partielle.* Dans la métro-péritonite *générale,* le frisson initial est remarquable par son intensité, son apparition quelquefois précoce. Les douleurs abdominales sont extrêmement aiguës et s'étendent rapidement d'une fosse iliaque à toute l'étendue du ventre. Le météorisme, le ballon-

nement de l'abdomen apparaissent vers le début. L'extrême fréquence du pouls, la respiration courte, anxieuse, la face grippée, altérée, les nausées, les vomissements, la suppression des lochies et de la sécrétion laiteuse, tous les symptômes enfin apparaissent à la fois. La période de réaction est de très-courte durée; les phénomènes de prostration se manifestent vite, et la terminaison, presque inévitablement fatale, arrive dans les cinq jours à dater de l'invasion du mal.

Les lésions qui caractérisent cette forme de la maladie se remarquent sur l'utérus, et principalement sur le péritoine. La cavité de la membrane séreuse est le siége d'un épanchement considérable de sérosité sanguinolente, dans laquelle nagent des flocons blanchâtres, des rudiments de fausses membranes; ces produits anormaux sont surtout abondants dans l'excavation du petit bassin.

Quand la métro-péritonite est partielle, les symptômes sont les mêmes, mais ils varient quant à leur intensité et à la rapidité de leur manifestation. Le frisson initial a une marche plus fixe et paraît plus régulièrement du deuxième au troisième jour de l'accouchement. Les douleurs sont aussi intenses, aussi vives que dans la métro-péritonite générale, mais leur siége est plus limité; elles sont fréquemment bornées à une fosse iliaque, à l'hypogastre. Les lochies, la sécrétion du lait, peuvent continuer sans aucune modification; le ballonnement, le météorisme du ventre sont moins prononcés; la constipation accompagne fréquemment cette forme de la maladie.

Mais il est une complication de la métro-péritonite partielle qu'il faut bien connaître, c'est la *phlébite utérine,* que Dance et Tonnellé ont si bien décrite. Ici la maladie a une marche insidieuse; l'utérus formera au-dessus des pubis une tumeur volumineuse, mais moins douloureuse que dans les cas précédents; la douleur sera obscure, profonde, ce sera plutôt un sentiment de pesanteur, un malaise ressenti dans la cavité du bassin, qu'une vraie douleur. Les lochies couleront par la vulve, purulentes, sanieuses et fétides. (Dance.) Le col utérin sera trouvé chaud, entr'ouvert, permettant l'introduction du doigt. Les vomissements ne se manifesteront pas dans la phlébite, ce symptôme

paraît spécial à l'inflammation du péritoine; la fièvre sera plus modérée. Cependant ces phénomènes ne sont pas assez tranchés pour qu'on puisse reconnaître la phlébite au début; ses signes se confondent avec ceux de la métrite simple; elle sera sûrement diagnostiquée lorsque les signes de l'infection purulente se seront montrés; ils apparaissent ordinairement du dixième au treizième jour de la maladie : la nouvelle accouchée accuse quelques frissons irréguliers, revenant plusieurs fois dans la même journée, et plusieurs jours de suite, quelquefois affectant une forme périodique; la face s'altère profondément, tout le corps revêt une coloration jaune terreuse, un délire tranquille s'empare de la malade, elle ne ressent aucune douleur, elle se croit mieux; et si alors, dans quelque articulation éloignée du siége du mal, aux poignets, aux genoux, apparaît une douleur légère, si un abcès se forme, l'infection purulente est certaine et la mort inévitable. Il existe une très-grande analogie entre l'infection purulente qui survient chez les nouvelles accouchées et celle qui survient chez les malades atteints d'une plaie récente en suppuration. Dance compare avec raison à une plaie la surface interne de l'utérus après l'accouchement.

Les altérations pathologiques consistent en la présence du pus dans les sinus utérins, l'inflammation des veines ovarique et hypogastrique, les abcès métastatiques du foie et de la rate.

La métro-péritonite partielle peut avoir une terminaison heureuse; la résolution s'opère alors vers le huitième ou le dixième jour. Les symptômes morbides disparaissent graduellement, les douleurs abdominales diminuent ou cessent, le pouls perd de sa fréquence, la sécrétion laiteuse reprend son cours, les seins affaissés se gonflent de nouveau, les lochies reparaissent avec leur coloration normale, la malade éprouve un bien-être inaccoutumé, ses yeux reprennent une douce vivacité, le sourire effleure ses lèvres, toute sa physionomie exprime la joie de renaître à la vie.

Je ne ferai qu'indiquer les autres terminaisons possibles de la mé-

tro-péritonite partielle : tantôt l'inflammation se localise, se limite; il se forme un phlegmon, un abcès de la fosse iliaque.

Des adhérences anormales peuvent oblitérer les trompes, et les femmes deviennent stériles; dans quelques cas, ces adhérences établies entre quelques points de la matrice et les tissus environnants amènent des déviations, des inflexions de cet organe.

DIAGNOSTIC.

Le diagnostic de la métro-péritonite sera ordinairement facile; on ne la confondra pas avec la fièvre de lait, celle-ci est toujours *sans frisson*, sans fréquence du pouls.

On ne confondra pas les douleurs de l'inflammation avec celles qui se montrent ordinairement à la suite des couches chez les femmes qui ont déjà eu un accouchement. Ces dernières sont intermittentes, elles coïncident avec la contraction utérine et l'expulsion de caillots sanguins par la vulve; elles durent douze à quinze heures et cessent lorsque les douleurs péritonéales apparaissent.

Il existe une maladie qu'il ne sera pas toujours facile de distinguer de la métro-péritonite partielle, je veux parler de la fièvre typhoïde (entéro-mésentérite); en effet ces deux affections présentent des symptômes communs. Dans les deux cas le frisson signale la période d'invasion, la fièvre est vive, le ventre est douloureux, tendu, météorisé. La diarrhée ou la constipation peuvent se montrer. Il semble d'après la parité de ces signes que le diagnostic soit impossible; néanmoins un praticien attentif pourra le plus souvent parvenir à la solution du problème; il ne devra pas baser son jugement sur un seul symptôme, il les groupera, les comparera, il étudiera surtout leur marche, leur combinaison. Ainsi le frisson de la fièvre typhoïde est léger, de peu de durée, souvent précédé de phénomènes précurseurs, de malaises généraux, de diarrhée.

La métro-péritonite débute brusquement par un frisson intense et des douleurs. La douleur du ventre, dans la fièvre typhoïde, est limitée

au flanc droit et ne se fait sentir qu'à une assez forte pression ; la main qui palpe perçoit du gargouillement. La moindre pression fait gémir la malade atteinte de péritonite ; le gargouillement du flanc droit n'existe pas.

La face exprime la prostration, l'hébétude, dans la fièvre typhoïde ; elle peint surtout la douleur, l'anxiété, dans la métro-péritonite.

ÉTIOLOGIE.

Les causes de la maladie qui nous occupe sont prédisposantes, occasionnelles, épidémiques.

La prédisposition résultant de la grossesse a été admise par tous les auteurs, et cette cause est trop en harmonie avec les lois de la physiologie pour être contestée. Le développement graduel de l'organe gestateur, les modifications intimes de son tissu, l'accroissement de ses vaisseaux, le transport des matériaux nécessaires à la nutrition du fœtus, appellent vers l'utérus et les organes voisins une fluxion active prédisposant à l'inflammation. A ces modifications, qui s'opèrent spécialement sur l'organe gestateur, il faut ajouter un changement général produit dans toute l'économie de la femme enceinte, et qui se traduit par l'état du sang. Chez la femme grosse, le sang retiré de la veine se recouvre d'une pellicule légère, donnant à la surface du caillot une teinte opaline : Dugès indique ce caractère comme constant. Les recherches de M. Andral ayant démontré dans le sang de la femme enceinte un excès de fibrine, ne pourrait-on pas considérer cette augmentation de la matière plastique du sang comme une prédisposition à l'inflammation ? L'accouchement, en désemplissant brusquement l'abdomen, opère un vide subit ; le sang afflue en plus grande quantité, la circulation devient plus rapide. Quoi qu'il en soit de ces explications, l'apparition de la métro-péritonite à une époque fixe après l'accouchement, et qui coïncide avec celle où se développe la fièvre *traumatique* chez les amputés, doit faire jouer un grand rôle aux cir-

constances accidentelles de l'accouchement, et surtout aux causes qui peuvent le rendre laborieux.

Pendant l'épidémie de fièvre puerpérale observée par Col de Villard, les primipares auraient été moins sujettes à la maladie que les femmes ayant eu déjà un ou plusieurs accouchements.

Dance, Dugès, M. Voillemier, admettent au contraire la primiparité comme cause prédisposante; les deux tiers des malades de Dugès étaient des primipares. En parcourant dix-sept observations de métro-péritonite que je possède, je trouve la primiparité notée onze fois; sur les six non primipares, il y a un cas de grossesse gémellaire, deux fois le travail a été prolongé par une position occipito-iliaque droite postérieure; dans les trois autres cas, les femmes avaient eu des couches précédentes, et leur dernier accouchement n'avait d'ailleurs présenté rien d'anormal. La primiparité me paraît devoir être considérée comme prédisposant à l'inflammation, au même titre que les autres causes de prolongation de travail admises par tous les auteurs.

Causes occasionnelles. — Il faut mentionner ici les vices de conformation du bassin, son étroitesse, la diminution dans la longueur de ses diamètres, les tumeurs anormales de l'excavation, la rigidité du col utérin, la disproportion du volume de la tête du fœtus avec la largeur des parties qu'elle doit traverser, certaines positions vicieuses de la tête, les présentations de l'épaule: toutes ces causes agissent de la même manière, en prolongeant le travail de l'enfantement, et occasionnant une compression funeste aux organes maternels. L'intervention de l'art, pour terminer l'accouchement, est une cause puissante de métro-péritonite. M. Voillemier, dont j'ai consulté souvent le mémoire sur la fièvre puerpérale, rapporte que dans le cours de l'année 1838, il fut pratiqué *onze* applications de forceps : *cinq* fois la fièvre puerpérale se déclara, et quatre fois elle fut mortelle; dans les six autres cas, il ne se manifesta aucun accident.

Dugès cite des cas de fièvre puerpérale survenue à la suite d'hémorrhagie pendant le travail ou après l'accouchement; il remarque

que dans ces circonstances on doit moins accuser l'hémorrhagie que les moyens employés contre elle, tels que l'application de la glace sur le ventre, le tamponnement sur le col utérin.

Il faut ajouter à ces causes le passage brusque d'une température chaude à un air froid, les lotions à l'eau froide, l'usage des boissons excitantes après l'accouchement, la présence de caillots sanguins et de débris de placenta dans la cavité utérine, etc. etc.

Les auteurs ont encore admis comme cause occasionnelle ou prédisposante les *affections morales.* Dans la famille légalement instituée, l'accouchement est un événement heureux, la jeune mère est complimentée, fêtée; elle-même est heureuse de la joie qu'elle inspire à ses proches. Quelle différence de condition chez les femmes qui accouchent dans les hôpitaux! Elles viennent à l'hospice contraintes le plus souvent par la misère ou par l'abandon du père de leur enfant; il est naturel de penser que la honte, le dépit, les chagrins de toute espèce auxquels ces malheureuses sont en proie, exercent une influence fâcheuse sur les suites de leurs couches.

Faut-il admettre comme cause la suppression des lochies et de la sécrétion laiteuse? Presque tous les auteurs modernes s'accordent à ne voir dans ces phénomènes qu'un symptôme, un effet de la maladie.

La rétention d'urine et de matières fécales est quelquefois une cause d'inflammation: la présence de ces produits d'excrétions peut irriter les organes voisins.

CAUSES ÉPIDÉMIQUES.

Me voilà arrivé à la partie difficile de mon travail; s'il est quelque chose d'obscur en médecine, ce sont les causes des épidémies: les uns ayant observé l'épidémie en hiver, dans les climats froids, en ont attribué le développement à l'influence d'une basse température; les autres, témoins de l'épidémie dans les mois les plus chauds de l'année, ont considéré la chaleur comme une cause puissante; la plupart, enfin, recueillant leurs observations sur un vaste théâtre, dans les hôpitaux des grandes

villes, ont accusé l'encombrement des nouvelles accouchées dans le même lieu et la viciation de l'air qui en est la conséquence. M. Paul Dubois, dans son art. FIÈVRE PUERPÉRALE *du Dict. de méd.*, a démontré avec une logique serrée qu'aucune de ces causes ne suffisait pour expliquer l'épidémie; la maladie se manifeste épidémiquement dans les climats les plus opposés, et pendant les divers mois de l'année; le froid ni la chaleur ne peuvent donc être invoqués. « Il ne faut pas exagérer non plus l'influence des grandes réunions de femmes enceintes ou accouchées. L'épidémie ne se montre-t-elle pas dans la pratique civile avec ses caractères les plus graves et au milieu des circonstances hygiéniques les plus favorables? Quelques épidémies ne débutent-elles pas dans la ville avant de ravager les hôpitaux? De ce qui précède, ne sommes-nous pas en droit de conclure que, semblables à d'autres épidémies, les épidémies de fièvre puerpérale sont dues à un agent inconnu, insaisissable? » Dans un autre passage du même article, M. Dubois s'exprime ainsi : « A peine osons-nous signaler les brusques variations de chaleur, de froid, de sécheresse, d'humidité, tant nous craignons de voir des rapports de cause où n'existe qu'une simple coïncidence. »

Chaussier, Dugès attribuent une grande influence à l'air humide dans la production de l'épidémie; Chaussier en était si convaincu qu'il défendait le lavage à grande eau des salles de la Maternité. M. Voillemier adopte cette cause d'épidémie. La vapeur d'eau serait-elle le véhicule des miasmes qui s'exhalent des matières animales en putréfaction? Telle paraît être l'opinion de M. Devergie (art. MIASME, *Traité de médecine légale*); il cite même à l'appui des expériences de Guntz, de M. Boussingault. L'admission de cette cause permettrait d'expliquer comment l'épidémie se développe sous les climats les plus opposés, avec les températures les plus diverses, à la ville comme à la campagne, dans les hôpitaux comme dans la pratique civile. Les chirurgiens ont remarqué que l'humidité de l'air était une cause réelle d'érysipèles, à la suite de plaies suppurantes; et par cela seul qu'il était survenu dans l'atmosphère un changement brusque de température à la suite de pluies abondantes, j'ai vu M. Blandin prédire avec justesse

une épidémie d'érysipèles chez ses opérés. La surface interne de l'utérus ne ressemble-t-elle pas après l'accouchement à une vaste plaie ? Les lochies sont-elles autre chose que les produits d'une plaie qui suppure et qui marche vers la cicatrisation ? L'identité de conditions n'entraîne-t-elle pas la production de maladies semblables ? Les érysipèles chez les blessés sont souvent compliqués de lymphangite ; ne rencontre-t-on pas aussi fréquemment l'altération des lymphatiques chez les nouvelles accouchées ? Ce ne sont là que des analogies, sans doute ; pour arriver à une solution plus démonstrative de ces questions ardues, il faut de nouvelles observations cliniques, de nouveaux progrès de la chimie.

A.-C. Baudelocque, Dugès surtout, nient formellement la contagion de la métro-péritonite puerpérale ; MM. P. Dubois et Moreau se tiennent dans le doute sur cette question.

TRAITEMENT.

De la connaissance des causes qui peuvent développer la métro-péritonite découle la prophylaxie de cette grave maladie. Pendant le travail, l'accoucheur ne se décidera à intervenir qu'après en avoir bien apprécié la nécessité. Il se rappellera que l'intervention de l'art, quelque habile qu'elle soit, est souvent suivie de conséquences fâcheuses pour la mère. Après l'accouchement, le praticien prescrira à la nouvelle accouchée un régime convenable : il recommandera le repos du corps et de l'esprit, l'observation des règles d'une sage hygiène, la propreté, l'aération, les lotions fréquentes à l'eau tiède ; enfin, il surveillera surtout l'excrétion des urines et des matières fécales, leur rétention pouvant causer des accidents funestes, tant du côté de la vessie et du rectum que du côté du péritoine qui enveloppe la plus grande partie de ces organes.

Traitement curatif. — Ici, comme dans toutes les maladies très-graves, qui sont souvent au-dessus des ressources de l'art, toutes les

méthodes thérapeutiques ont été tour à tour employées. J'exposerai brièvement les principales.

La *méthode antiphlogistique* a été mise en usage de tout temps contre la maladie qui nous occupe. En tête des auteurs anciens qui ont vanté la saignée se trouvent Hippocrate, Aétius, Paul d'Égine, Avicenne ; et parmi les modernes, Guillemeau, Rivière, Mauriceau, de La Motte, Puzos, de Laroche, Legouais. Ce dernier, dans une thèse remarquable soutenue en 1820 à l'École de Paris, discute avec beaucoup de justesse les indications et les contre-indications de la saignée. Après avoir cité Puzos : « Les saignées seules un peu *brusquées* et répétées plusieurs fois sont capables de remédier à de si grands maux. » Levret : « Les saignées du bras suffisamment répétées et rapprochées sont, avec le régime le plus austère, le secours le plus efficace en pareil cas. » Gordon, d'Aberdeen : « Mais la saignée ne répondait nullement à mon attente si elle n'était employée de bonne heure, et si l'on ne tirait une grande quantité de sang. » Legouais compare la métro-péritonite à la pleurésie; il cite le traitement de Sydenham dans cette dernière maladie : « Raro... observavi pleuresin, confirmatam in adultis, minori « quam quadraginta circiter unciarum sanguinis impensa sanatam. » Celui de Cullen : « Les saignées ne sont véritablement utiles qu'autant qu'elles viennent tout à coup abattre et comme anéantir la maladie dans son origine. » C'est le cas d'appliquer le *jugulare febrim* que Galien a rendu si célèbre. Leake recommande aussi des saignées hâtives et copieuses. La maladie est l'hydre de la fable, on ne peut la vaincre qu'en abattant d'un seul coup toutes ses têtes.

De toutes ces citations, Legouais conclut que la saignée doit être employée uniquement au début de la maladie pendant la période d'irritation; il limite à vingt-quatre heures après l'invasion de la maladie le temps où la saignée est utile.

Legouais trouve les contre-indications de la saignée dans la faiblesse de la malade; il distingue plusieurs espèces de *faiblesse*, d'après les causes. La faiblesse peut dépendre d'une constitution primitivement débile; il faut alors modérer les saignées, mais non les supprimer. La

faiblesse peut être accidentelle, résultat de jeûnes et de privations, de pertes abondantes de sang survenues pendant ou après l'accouchement, ou peu de temps avant le début de la péritonite. La faiblesse peut résulter encore de la période avancée de la maladie; toutes ces circonstances contre-indiquent l'emploi de la saignée. Legouais remarque encore que le séjour dans les hôpitaux, la réunion nombreuse de femmes en couches, ont sur leurs maladies une influence fâcheuse, et que pendant les épidémies les succès des saignées manquent bien plus souvent que dans les circonstances ordinaires. Je ne puis qu'adopter les principes de Legouais sur l'usage des saignées contre la métro-péritonite. Je dirai donc : On ne saignera pas pendant le frisson, il faut alors s'occuper uniquement de réchauffer la femme; le frisson passé, la période de réaction commence, c'est le moment de recourir aux saignées. La saignée du bras sera *dosée* suivant l'intensité de la maladie, l'étendue de son siége, suivant la force de la malade; concurremment avec la saignée générale on emploiera les saignées locales : 40 ou 60 sangsues, suivant les cas, seront appliquées à la fois et à plusieurs reprises sur l'abdomen, le plus près possible des organes douloureux et malades. On aura recours aux saignées tant que durera la période de réaction; je pense que dans certains cas, surtout de métro-péritonite partielle, on pourra les employer avec avantage à une époque plus éloignée du début que celle fixée par Legouais. Mais comme lui et les praticiens modernes sont d'accord sur ce point, on devra proscrire les saignées dans la période de prostration, d'épanchement, de suppuration.

Comme adjuvant des saignées, devra-t-on recourir au bain tiède? Le déplacement si douloureux qu'il nécessite, la gêne de la respiration qu'il augmente, ont fait rejeter l'emploi de ce moyen par les médecins modernes.

On prescrira les boissons délayantes, la diète sera rigoureuse.

Méthode évacuante.— Les purgatifs seront d'une utile ressource et ne devront pas être négligés; on emploiera surtout les purgatifs minoratifs,

les sels neutres; un purgatif fréquemment prescrit par M. Paul Dubois est l'huile de ricin, à la dose de 15 grammes, dans une tasse de bouillon d'herbes; le bouillon doit être pris très-chaud pour masquer la saveur du médicament.

Parmi les moyens de la méthode évacuante, il en est un qui a joui d'une grande réputation, je veux parler de l'ipécacuanha. Doulcet le mit en usage avec succès à l'Hôtel-Dieu, en 1782, et voici sa méthode : il donnait 15 grains d'ipécacuanha en deux doses au début de la maladie; il répétait ainsi le vomitif d'heure en heure, il soutenait son action par l'usage d'une potion huileuse avec addition de 2 grains d'oxyde d'antimoine, kermès minéral. Gardien attribue les succès de l'ipécacuanha à une complication d'embarras gastrique simulant la métro-péritonite; Baudelocque est du même avis; il ajoute que l'administration de l'ipécacuanha étant laissée aux soins de la sage-femme en chef, avec recommandation de le donner au début de la maladie, il aura été bien souvent administré dans des cas qui n'étaient pas des métro-péritonites. Quoi qu'il en soit, l'usage de ce médicament doit être aujourd'hui restreint à cette forme de la maladie que M. Dubois désigne sous le nom de *fièvre puerpérale bilieuse;* il devra être surtout employé dès le début.

Mercuriaux. — Le mercure a été employé dans la métro-péritonite par la plupart des praticiens modernes : tantôt c'est le calomel à dose purgative que l'on a choisi; cette méthode a été mise en usage surtout par les médecins anglais; tantôt le calomel a été associé à l'opium pour éviter l'effet purgatif, et dans le but de produire la salivation; on le prescrit alors à la dose de 50 centigr., 1 gramme par jour, en fractionnant la dose de manière à faire prendre à la malade 10 centigrammes de calomel d'heure en heure. J'ai vu M. Trousseau produire la salivation avec des doses bien plus faibles de calomel: 10 centigrammes de calomel mêlés à du sucre sont divisés en vingt-quatre paquets; la malade en prend un d'heure en heure, et la salivation survient du deuxième au quatrième jour.

Enfin, il est une méthode justement prônée : c'est celle des frictions ou onctions mercurielles faites avec l'onguent napolitain.

M. Serres (d'Uzès) a surtout vanté les onctions ; M. Lisfranc a expérimenté avec succès la formule de M. Serres (d'Uzès), et voici comment il l'expose : « Elle consiste à employer en quarante-huit heures 1 kilogramme (2 livres) de ce médicament, qui n'est ni trop dur ni trop mou ; on en étend une couche de 2 lignes d'épaisseur sur les parois antérieures et latérales de l'abdomen ; deux heures après on en met une seconde couche sans enlever la première, ainsi de suite jusqu'à la consommation de la dose indiquée. M. Serres pense que si après deux jours de son emploi ce moyen n'a pas enlevé la phlegmasie, il ne peut pas réussir. » D'après M. Serres, cette méthode n'occasionne pas la salivation dans le Midi ; M. Lisfranc l'a observée à Paris dans des cas fort rares. M. Velpeau a expérimenté aussi avec succès l'onguent mercuriel, c'est en frictions légères qu'il l'emploie ; M. Dubois le prescrit de la même manière, en frictions de 15 à 20 grammes par jour, mais il en réserve l'emploi, surtout pour la seconde période de la maladie.

On a cherché à expliquer l'action curative du mercure : agit-il en amenant dans le sang un état de dissolution ? M. Andral me semble réfuter victorieusement cette hypothèse. « On a souvent répété que le mercure introduit dans l'économie a pour effet d'entraîner dans le sang un état de dissolution, ce qui ne peut exister avec une augmentation de fibrine ; il est possible que cela ait lieu après un usage prolongé de ce médicament ; mais, à coup sûr, il n'en est point ainsi pendant les premiers temps de son emploi ; par conséquent, lorsqu'on l'administre pour combattre certaines phlegmasies aiguës, la péritonite par exemple, on n'est pas en droit d'admettre que son action antiphlogistique dépend de ce qu'il crée dans le sang une disposition inverse à celle qui coïncide dans ce liquide avec l'existence d'un état phlegmasique. Je ne vois pas, du reste, que cette influence de dissolution, que l'on prétend être exercée par le mercure sur le

sang, ait été jamais démontrée par un examen un peu sévère du sang en pareil cas. (*Essai d'hématologie.*)

D'autres auteurs ont voulu expliquer l'action du mercure par la salivation : il guérirait en produisant une utile dérivation sur la muqueuse buccale et les glandes salivaires. Mais beaucoup de malades guérissent sans saliver; il faut donc reconnaître la puissance de ce médicament, sans pouvoir trop nous rendre compte de son mode d'action.

Je ne dirai rien de l'usage des opiacés à haute dose; l'opium, à la dose de 5 à 10 centigr., pourra être utilement employé contre l'élément *douleur;* dans quelques cas, en lavements contre la diarrhée.

Le vésicatoire, dans certains cas, hâtera la résolution de l'engorgement phlegmasique.

Nature de la maladie. — Les auteurs n'ont pas donné le même nom à la maladie qui fait le sujet de cette dissertation : les uns l'ont dénommée *fièvre puerpérale;* M. Voillemier voudrait qu'elle fût désignée sous le nom de *fièvre pyogénique* des femmes en couches; M. Teissier, sous celui de *diathèse purulente.* Pour moi, considérant le frisson initial, les douleurs, d'abord locales et envahissant progressivement une plus grande étendue de l'abdomen, l'état fébrile, la couenne du sang, et surtout les altérations pathologiques constantes, caractéristiques, je me suis rangé à l'opinion des auteurs qui considèrent cette maladie comme une *phlegmasie* de l'utérus ou du péritoine.

QUESTIONS

SUR

LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

Physique. — Du choc des corps solides élastiques et des corps incomplétement élastiques; applications physiologiques.

Chimie. — Des caractères distinctifs de l'acide azotique.

Pharmacie. — Comment rectifie-t-on l'alcool et comment l'emploie-t-on pour la préparation des alcoolats? De la composition et de l'utilité des alcoolats.

Histoire naturelle. — Des principaux phénomènes de la nutrition dans les végétaux.

Anatomie. — Quels sont parmi les organes ceux qui, pour un volume donné, paraissent contenir le plus de nerfs?

Physiologie. — Des substances qui sont éliminées par les reins après leur introduction dans le tube digestif.

Pathologie externe. — Des tumeurs blanches des articulations.

Pathologie interne. — De la chlorose et de l'anémie; insister particulièrement sur le diagnostic de ces affections générales et constitutionnelles.

Pathologie générale. — Des signes fournis par la langue dans les maladies.

Anatomie pathologique. — Des calculs biliaires.

Accouchements. — De la symphyséotomie et de l'opération césarienne.

Thérapeutique. — Existe-t-il des sudorifiques?

Médecine opératoire. — Dans quels cas et comment doit-on préparer les malades à subir une opération.

Médecine légale. — De l'appréciation de l'état mental dans les cas de démence.

Hygiène. — De l'influence qu'exerce sur la santé le développement de la puberté.